1983

നമ്മുടെ ആരോഗ്യം

ഡോ: ബി. ഇക്ബാൽ

നമ്മുടെ ആരോഗ്യം

ഡോ. ബി. ഇക്ബാൽ

കേരള
ശാസ്ത്രസാഹിത്യ
പരിഷത്ത്



NAMMUDE AAROGYAM
Author
Dr. B. Ekbal
Proof
Mohankumar. K.
First Published July 1983
Published and distributed by
Kerala Sastra Sahitya Parishad
Trivandrum—695001
Printed at:
Swaraj Press & Publications, Trivandrum-695001
Cover: Jayachandran. V

Price Re. 1.00

234/83 kssp Cr/8 1/5000

നമ്മുടെ ആരോഗ്യം

ഡോ. സി. ആർ. സോമൻ
(1983)

"സംസ്ഥാനത്തിന്റെ ചില ഭാഗങ്ങളിൽ വരൾച്ചക്കെടുതിയോടൊപ്പം പനിയും അതിസാരരോഗവും പടർന്നുപിടിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു. കോഴിക്കോട്, മലപ്പുറം, കോട്ടയം, ആലപ്പുഴ, തിരുവനന്തപുരം എന്നീ ജില്ലകളിലാണ് ഈ രോഗം കൂടുതലായി ബാധിച്ചിട്ടുള്ളത്. ചില മരണങ്ങളും ഈ രോഗബാധമൂലമുണ്ടായിട്ടുണ്ട്. മരിച്ചതെല്ലാം കുട്ടികളാണ്. തിരുവനന്തപുരത്ത് പൂവ്വാറിൽ നൂററിനാല്പത്തിമൂന്ന് പേർക്ക് അതിസാരബാധയുണ്ടായി. അവരിൽ ഒരു വയസിനുതാഴെ പ്രായമുള്ള ആറ് കുട്ടികൾ മരിച്ചു. നെടുമങ്ങാട് അഞ്ചു് പേർക്ക് ഈ രോഗം പിടിപെടുകയും ഒരാൾ മരിക്കുകയും ചെയ്തു. ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലെ ആശുപത്രികളിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കാനാകാത്തത്ര രോഗികൾ അതിസാരം പിടിപ്പെട്ടവരായിട്ടുണ്ടെന്നാണ് വിവിധസ്ഥലങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള റിപ്പോർട്ട്."

"പാറശ്ശാല നിയോജകമണ്ഡലത്തിൽപ്പെട്ട ചെങ്കൽ, തിരുപ്പുറം, കുളത്തൂർ, കുന്നത്തുകാൽ എന്നീ പ്രദേശങ്ങളിൽനിന്നായി അറുപതോളം പേർ ഇപ്പോൾ അതിസാരം പിടിപെട്ട് ആശുപത്രികളിൽ കഴിയുന്നു. രോഗനിയന്ത്രണത്തിനു് എല്ലാ സ്ഥലങ്ങളിലും ആവശ്യമായ നടപടികൾ സ്വീകരിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നാണ് ഹെൽത്ത് സർവീസസ് അധികൃതർ പറഞ്ഞത്."

"പോഷകാഹാരക്കുറവ്, ബാക്ടീരിയാ ഇൻഫെക്ഷൻ, അനാരോഗ്യകരമായ ചുററുപാടുകൾ എന്നീ കാരണങ്ങളിലാണ് ഈ രോഗബാധയുണ്ടാകുന്നത്. രോഗം പിടിപെട്ട് എത്തുന്ന

വരെ ഗ്രാമപ്രദേശങ്ങളിലെ ആശുപത്രികളിൽ കിടത്തി ചികിത്സിക്കാൻ വേണ്ട സൗകര്യങ്ങളില്ലെന്നും ആവശ്യത്തിനു മരുന്നില്ലെന്നും പരാതികളുണ്ട്. എന്നാൽ അധികൃതർ പറയുന്ന ഈ പ്രത്യേകരോഗ ചികിത്സക്ക് ആവശ്യമായ മരുന്ന് എല്ലാ പ്രൈമറി ഹെൽത്ത് സെൻററുകളിലും എത്തിച്ചിട്ടുണ്ടെന്നാണ്.''

തിരുവനന്തപുരത്തുനിന്ന് പ്രസിദ്ധീകരിക്കുന്ന ഒരു പ്രമുഖദിനപ്പത്രത്തിൽ നിന്നാണ് ഈ റിപ്പോർട്ടുകൾ ഉദ്ധരിച്ചിരിക്കുന്നത്. റിപ്പോർട്ടിൽ യാതൊരു അതിശയോക്തിയും കലർത്തിയിട്ടില്ലന്ന് വ്യക്തമാണ്. റിപ്പോർട്ടിൽ പറയുന്ന അഞ്ച് ജില്ലകൾക്കുപുറമേ തൃശ്ശൂർ, എറണാകുളം എന്നീ ജില്ലകളുടെ വിവിധഭാഗങ്ങളിൽ ഛർദ്ദിഅതിസാരരോഗബാധയുണ്ടായതായി നേരത്തെ റിപ്പോർട്ട് ചെയ്തിരുന്നു. മാത്രമല്ല; മലപ്പുറം ജില്ലയിൽ മാത്രം 24 കുട്ടികളെങ്കിലും മരണമടഞ്ഞതായി അവിടത്തെ A D M O പ്രസ്താവിച്ചിരുന്നു. മരിച്ചവരുടെ സംഖ്യ ''ഔദ്യോഗിക'' കണക്കിലും അധികമായിരിക്കുമെന്നതിൽ സംശയിക്കാനുമില്ല.

മേൽ വിവരിച്ച റിപ്പോർട്ട് പ്രസിദ്ധീകരിച്ച ദിനപ്പത്രത്തിൻെറ അതേ ലക്കത്തിൽ മുൻപേജിൽ മറെറാരു റിപ്പോർട്ടും വളരെ പ്രാധാന്യം നൽകി അച്ചടിച്ചുവന്നിട്ടുണ്ട്. തൃശൂർ മെഡിക്കൽ കോളേജിൽ 25 സീററ് വർധിപ്പിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച ഹൈക്കോടതി വിധിയാണത്. മുളങ്കുന്നത്തുകാവ് ടി. ബി. സാനിറേറാറിയം മെഡിക്കൽ കോളേജിനായി ഒഴിപ്പിക്കുന്നതടക്കം സർക്കാർ നൽകിയ 'ഉറപ്പുകൾ' പാലിക്കാതെ വിദ്യാർഥികളെ പ്രവേശിപ്പിച്ചതിൽ കോടതിക്കുള്ള അമർഷമാണ് ഒരു വിധിയുടെ രൂപത്തിൽ പുറത്തുവന്നിട്ടുള്ളത്. ഇപ്പോഴുള്ള 700 മെഡിക്കൽ സീററ് 1000—മായി താമസിയാതെ വർധിപ്പിക്കുമെന്ന് ആരോഗ്യവകുപ്പുമന്ത്രി പ്രസ്താവന നടത്തിയത് അടുത്തകാലത്താണെന്ന് ഓർക്കുമല്ലോ.

ഒരു ഭാഗത്ത് ഛർദ്ദി അതിസാരം മൂലം പിഞ്ചുപൈതങ്ങളുടെ ജീവൻ നഷ്ടപ്പെടുകയും മറുഭാഗത്ത് മെഡിക്കൽ സീററുവർധനവിനെ സംബന്ധിച്ച തർക്കവിതർക്കങ്ങൾ നടക്കുകയും ചെയ്യുന്ന

സാഹചര്യത്തിൽ കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളെ സംബന്ധിച്ച് വിശദമായി പരിശോധിക്കേണ്ടത് ആവശ്യമായി വന്നിരിക്കുന്നു.

''കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ,'' എന്നു പറയുന്നതു തന്നെ ശരിയാണോ എന്ന ചോദ്യം ഉയർന്നുവന്നേക്കാം. ആരോഗ്യകാര്യങ്ങളിൽ ഇന്ത്യയിലെ മററു സംസ്ഥാനങ്ങളെക്കാൾ വളരെ മുന്നിലാണ് കേരളം എന്നു മാത്രമല്ല അമേരിക്കപോലുള്ള ചില വികസിതരാജ്യങ്ങളോടൊപ്പം നേട്ടങ്ങൾ ഈ രംഗത്ത് നാം കൈവരിച്ചുകഴിഞ്ഞതായി അവകാശവാദങ്ങൾ ഉയർത്തപ്പെട്ടിട്ടുണ്ട്. അതുകൊണ്ടുതന്നെ മററു ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങൾക്ക് മാത്രമല്ല, അവികസിത രാജ്യങ്ങൾക്ക് ആകെ പിൻതുടരാവുന്ന അഭിലഷണീയമായ 'മാതൃക'യാണ് കേരളത്തിന്റേത് എന്ന അഭിപ്രായം ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പുറപ്പെടുവിച്ചിട്ടുണ്ട്.''

ഈ അവകാശ വാദങ്ങൾ പൂർണമായും തെററാണെന്ന് പറഞ്ഞുകൂടാ. ഭാഗികമായ എതു സത്യത്തേയും പോലെ യാഥാർത്ഥ്യത്തെ വികലമായി അവതരിപ്പിക്കുന്നു എന്നു മാത്രം ''ആരോഗ്യ രംഗത്തു, വിപ്ളവകരമായ മുന്നേററം നടത്തി കേരളീയർ എന്ന ധാരണക്ക് അടിസ്ഥാനമായ വസ്തുതകൾ പരിശോധിച്ചു നോക്കാം.

ഒരു ജന വിഭാഗത്തിന്റെ ആരോഗ്യം എങ്ങനെയാണ് 'അളക്കാൻ' കഴിയുക. ഇതു് വളരെ ആഴത്തിൽ വിശാലമായി ചിന്തിക്കേണ്ട പ്രശ്നമാണ്. ഇക്കാര്യം നമുക്ക് പിന്നീടു പരിഗണിക്കാം. തത്ക്കാലം നിലവിലുള്ള അംഗീകരിക്കപ്പെട്ട അളവുകോലുകൾ ഉപയോഗിച്ചു നോക്കാം.

പൊതു മരണ നിരക്കാണ് ആരോഗ്യനില അളക്കുന്നതിനു് ഇന്നുപയോഗിക്കുന്ന ഏററവും പ്രധാനപ്പെട്ട മാനദണ്ഡം. ആയിരം ആളുകളുടെ ഒരു ഗ്രൂപ്പ് എടുത്താൽ അവരിൽ ഒരു വർഷം എത്ര പേർ മരിക്കുന്നു എന്നതാണ് പൊതു മരണ നിരക്കു്. ഇന്ത്യ, കേരളം, ചില വികസിത രാജ്യങ്ങൾ (അമേരിക്ക, സ്വിററ്സർലൻറ്) ചില അവികസിത രാജ്യങ്ങൾ (പാകിസ്ഥാൻ, ഇറാൻ, നൈജീരിയ (എന്നിവിടങ്ങളിലെ പൊതുമരണ നിരക്ക് താഴെ കൊടുക്കുന്നു.

പട്ടിക—I

പൊതു മരണ നിരക്ക് 1978

ഇന്ത്യ	—	12.8
അമേരിക്ക	—	8.8
സ്വിററ്സർലാൻഡ്	—	9 0
പാകിസ്ഥാൻ	—	16 8
ഇറാൻ	—	15.6
നൈജീരിയ	—	22.7
കേരളം	—	6.9

കേരളീയരുടെ പൊതു മരണ നിരക്ക് ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയെക്കാൾ കുറവാണെന്നു മാത്രമല്ല; അമേരിക്ക പോലുള്ള വികസിത രാജ്യങ്ങളെക്കാൾ കുറവാണെന്നും കാണാവുന്നതാണ്. മാത്രമല്ല, പാകിസ്ഥാൻ, നൈജീരിയ തുടങ്ങി ഏഷ്യയിലേയും ആഫ്രിക്കയിലേയും മററ് അവികസിത രാജ്യങ്ങളിൽ ഇപ്പോഴും ഉയർന്ന മരണ നിരക്കാണെന്നു പട്ടിക കാണിക്കുന്നു. തീർച്ചയായും നമ്മെ അത്ഭുതപ്പെടുത്തുന്നതോടപ്പം നമുക്ക് അഭിമാനിക്കാൻ വക നൽകുന്നതുമാണ് ഈ നേട്ടമെന്നതിൽ സംശയമില്ല.

ആരോഗ്യ നിലയെ കുറിച്ച് കുറേ കൂടി വ്യക്തമായ വിവരം പൊതു മരണ നിരക്കിനെക്കാൾ ശിശു മരണ നിരക്ക് നൽകുമെന്നതാണ് വിദഗ്ധരുടെ അഭിപ്രായം. 1000 കുട്ടികൾ ജനിച്ച് ഒരു വർഷം തികയുന്നതിനു മുൻപ് മരണമടയുന്നവരുടെ എണ്ണമാണ് ശിശു മരണ നിരക്ക്. ഈ കാര്യത്തിൽ കേരളത്തിന്റെ സ്ഥിതി എന്താണെന്നു നോക്കാം.

പട്ടിക II

ശിശു മരണ നിരക്ക്-1979

ഇന്ത്യ	—	130
പാകിസ്ഥാൻ	—	130
നൈജീരിയ	—	175
ഇറാൻ	—	160
വികസിത രാജ്യങ്ങൾ	—	20–30
കേരളം	—	47

ശിശു മരണ നിരക്കും ഇന്ത്യൻ ശരാശരിയെക്കാൾ കേരളത്തിൽ കുറവാണെന്നു് കണക്കുകൾ അസന്നിദ്ധമായി തെളിയിക്കുന്നു. ചില സംസ്ഥാനങ്ങളിലെസ്ഥിതി വളരെ ശോചനീയമായ സാഹചര്യത്തിൽ ഇതൊരു വലിയ നേട്ടമാണെന്നതിൽ സംശയമില്ല. ഉദാഹരണത്തിനു് ശിശു മരണ നിരക്കു് മദ്ധ്യപ്രദേശിൽ 179–ഉം ബീഹാറിൽ 152–ഉം ഗുജറാത്തിൽ 146–ഉം ആണെന്നു് ഓർക്കണം.

മരണ നിരക്കു് കുറയുമ്പോൾ സ്വാഭാവികമായും ജനങ്ങളുടെ ആയുർദൈർഘ്യം വർദ്ധിക്കും. അതുകൊണ്ടു തന്നെ പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം ആരോഗ്യനില അറിയുന്നതിനുള്ള മറെറാരു സൂചികയാണ്.

പട്ടിക– III

പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യം-1977

ഇന്ത്യ	—	52
പാകിസ്ഥാൻ	—	49
നൈജീരിയ	—	41
കേരളം	—	64
വികസിത രാജ്യങ്ങൾ	—	70–75

പട്ടിക III ൽ നിന്നു മനസ്സിലാക്കാവുന്നതു പോലെ പ്രതീക്ഷിത ആയുർദൈർഘ്യത്തിൻെറ കാര്യത്തിൽ കേരളം ഇന്ത്യയിലെ മററു സംസ്ഥാനങ്ങളെ അപേക്ഷിച്ച് വളരെ ദൂരം മുന്നിലാണ്. അധികം വൈകാതെ വികസിത രാജ്യങ്ങൾക്കൊപ്പം നമുക്കെത്താൻ കഴിയും.

നേട്ടങ്ങളുടെ കൂടുതൽ കണക്കുകൾ ഇവിടെ അവതരിപ്പിക്കുന്നില്ല. എന്നാൽ 'കേരള മോഡൽ' കണ്ടു് അന്ധാളിച്ചു നിൽക്കുന്ന ചില വിദഗ്ധരെ പ്രത്യേകം ആകർഷിച്ച വളരെ പ്രസക്തമായ ഒരു പ്രത്യേകത കൂടി ചൂണ്ടിക്കാണിക്കേണ്ടതുണ്ട്. കേരളത്തിൽ ഗ്രാമങ്ങളും നഗരങ്ങളും തമ്മിലും സ്ത്രീകളും പുരുഷന്മാരും തമ്മിലും ആരോഗ്യരംഗത്തെ മേൽ വിവരിച്ച നേട്ടങ്ങളുടെ കാര്യത്തിൽ കാര്യമായ വ്യത്യാസമില്ല എന്നതാണ്

ഈ പ്രത്യേകത. ഉദാഹരണത്തിനു് പൊതു മരണനിരക്കു് നഗരങ്ങളിൽ 6.9 ആണെങ്കിൽ ഗ്രാമങ്ങളിൽ 6.5 മാത്രമാണു്. ശിശു മരണ നിരക്കു് ഇന്ത്യൻ ഗ്രാമങ്ങളിൽ (140) നഗരങ്ങളിലേതിനെക്കാറം (81) വളരെ കൂടുതലാണു്. കേരളത്തിലാകട്ടെ ഗ്രാമങ്ങളിലെ ശിശു മരണ നിരക്കു് (49) നഗരങ്ങളുടേതുമായി തട്ടിച്ചു നോക്കിയാൽ (37) കൂടുതലാണെങ്കിലും വ്യത്യാസം വളരെ വലുതല്ല. സ്ത്രീകളുടെ ആയുർ ദൈർഘ്യം (66.91) കേരളത്തിൽ പുരുഷന്മാരുടേതിനെക്കാറം (63.82) കൂടുതലാണെന്നതു് വളരെയധികം ശ്രദ്ധിക്കപ്പെട്ട വസ്തുതയാണു്.

എന്തായാലും മരണ നിരക്കു് ഗണ്യമായി കുറച്ചു കൊണ്ടുവരാൻ കേരളീയർക്കു് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെന്ന കാര്യത്തിൽ തർക്കമില്ല. ഇതൊരു വലിയ നേട്ടം തന്നെ എന്നതിലും സംശയമില്ല; പ്രത്യേകിച്ചു് ഇന്ത്യയിലെ മററു സംസ്ഥാനങ്ങളിലെ ശോചനീയമായ സ്ഥിതി കണക്കിലെടുക്കുമ്പോറം. പല അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലേയും സ്ഥിതി മെച്ചമല്ലെന്നും നാം കണ്ടു.

പക്ഷേ, ഇതു് ചിത്രത്തിൻെറ ശോഭയാർന്ന ഒരു വശം മാത്രം. ആരോഗ്യം കേവലം മരണ നിരക്കു മാത്രം അടിസ്ഥാനമാക്കി അളക്കേണ്ട അവസ്ഥയല്ല. മരിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം കുറയുമ്പോഴും രോഗമുള്ളവരുടെ എണ്ണം വർദ്ധിച്ചാലോ? മരണ നിരക്കു് (Mortality) പോലെ തന്നെ പ്രധാനമാണു് രോഗാതുരത അഥവാ രോഗാവസ്ഥ (Morbidity) മരിക്കാതെ 'ചത്തതിനൊക്കുമേ ജീവിച്ചിരിക്കിലും' എന്ന സ്ഥിതിയിൽ കഴിയുന്നവരെ ആരോഗ്യവാന്മാരായി കാണാൻ കഴിയുമോ? അതുകൊണ്ടു്; മരണനിരക്കിനോടൊപ്പം രോഗാതുരതയും ആരോഗ്യനില കണക്കിലെടുക്കുമ്പോറം പരിഗണിക്കേണ്ടതാണു്.

എന്നാൽ രോഗാതുരത അളക്കുന്നതിനു് വളരെ കൃത്യമായ മാപനങ്ങറം ഇന്നു ലഭ്യമല്ല. പകർച്ചവ്യാധികളുടേയും മററു രോഗങ്ങളുടേയും വ്യാപ്തിയാണു് സാധാരണ പരിഗണനക്കു് എടുക്കാറുള്ള ഒരു മാനദണ്ഡം. രോഗാവസ്ഥയുടെ ഫലമായി നഷ്ടമാകുന്ന മനുഷ്യാധ്വാനം രോഗാതുരത അളക്കുന്നതിനുള്ള മാനദണ്ഡമാക്കണം എന്ന അഭിപ്രായമാണു് അടുത്ത കാലത്തു് ഉയർന്നു വന്നിട്ടുള്ളതു്.

കേരളത്തിലെ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നും മററും ലഭ്യമായ കണക്കുകളനുസരിച്ച് കഴിഞ്ഞ 20-വർഷങ്ങൾക്കിടക്ക് രോഗവുമായി അശുപത്രിയിൽ ചികിത്സക്ക് എത്തുന്ന രോഗികളുടെ എണ്ണം മൂന്നിരട്ടിയായി വർദ്ധിച്ചിട്ടുള്ളതായി കാണപ്പെടുന്നു. ഇങ്ങനെ രോഗവുമായി വർധിച്ചതോതിൽ ആശുപത്രിയിൽ വൈദ്യസഹായത്തിനായി എത്തുന്നവരുടെ രോഗത്തിൻെറ സ്വഭാവം പരിശോധിച്ചാൽ ദരിദ്രരോഗങ്ങൾ എന്നു വിശേഷിപ്പിക്കപ്പെടുന്ന രോഗങ്ങൾക്കാണ് മുൻതൂക്കം എന്നു കാണാൻ കഴിയും. പരാദരോഗങ്ങൾ, ശ്വാസകോശ രോഗങ്ങൾ, ത്വക്ക്‌രോഗങ്ങൾ, ഛർദ്ദി, അതിസാരം—ഇവയെല്ലാം വ്യാപകമായി ഇപ്പോഴും കണ്ടുവരുന്നു. ഇവക്കു പുറമെ ക്ഷയം, കുഷ്ഠം, ഫൈലേറിയാസിസ് മന്ത് തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളും സമൃദ്ധമായി കാണപ്പെടുന്നു.

നിർഭാഗ്യവശാൽ രോഗങ്ങളുടെ വ്യാപ്തിയെ സംബന്ധിച്ച വ്യക്തമായ കണക്കുകൾ അക്കാഡമിക് സ്ഥാപനങ്ങളായ നമ്മുടെ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളിൽ പോലും രേഖപ്പെടുത്തുന്നില്ല എന്നതാണ് സത്യം. എങ്കിലും ലഭ്യമായ വിവരങ്ങൾ അത്ര സന്തോഷകരമല്ലാത്ത വസ്തുതകളാണ് വെളിപ്പെടുത്തുന്നതു്.

* നൂറനാട്, കൊരട്ടി, ചേവായൂർ എന്നീ മൂന്നു കുഷ്ഠരോഗാശുപത്രികളിൽ മാത്രം 1976 ലെ കണക്കുകളനുസരിച്ച് 46,000 കുഷ്ഠരോഗികൾ ചികിത്സക്കായി എത്തി. രോഗം കണ്ടുപിടിക്കപ്പെട്ട ഭാഗ്യവാന്മാരാണിവർ. ഇനിയും രോഗം നിർണ്ണയിക്കപ്പെടാതെ അനേകം കുഷ്ഠരോഗികൾ രോഗം പരത്തിക്കൊണ്ട് കഴിയുന്നുണ്ടെന്നതാണ് സത്യം.

* കേരളത്തിൽ ഛർദ്ദി അതിസാരം എല്ലാ വർഷവും വ്യാപകമായി കണ്ടുവരുന്നു. സർക്കാരിൻെറ കണക്കുകളനുസരിച്ച് തന്നെ 200 പിഞ്ചുപൈതങ്ങളുടെ ജീവൻ ഓരോ വർഷവും ഛർദ്ദി അതിസാരം മൂലം നഷ്ടപ്പെടുന്നുണ്ട്.

* പരാദ രോഗങ്ങൾ കേരളത്തിൽ വളരെ വ്യാപകമാണെന്നും അടുത്ത കാലത്തു നടത്തിയ ചില പഠനങ്ങൾ തെളിയിക്കുന്നു: പകുതിയിലേറെ ജനങ്ങൾ (50–55%) പരാദരോഗ ബാധിതരാണ്. പരാദരോഗബാധ വിളർച്ച, പോഷണക്കുറവ്, ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾ തുടങ്ങിയവക്കു് വഴി തെളിക്കുക.

* ഇത്തരം 'ദരിദ്ര രോഗ'ങ്ങളോടൊപ്പം ക്യാൻസർ, രക്ത

സമ്മർദ്ദം, ഡയബററിസ്, ഹൃദ്രോഗം തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങളും കേരളത്തിൽ പ്രത്യക്ഷപ്പെട്ടു തുടങ്ങിയിരിക്കുന്നു.

മരണ നിരക്ക് കുറഞ്ഞെങ്കിലും രോഗങ്ങളുടെയും രോഗികളുടേയും എണ്ണം വർധിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്നു എന്നതാണ് പരമാർത്ഥം. രോഗങ്ങളുടെ പട്ടികയിൽ സാധാരണ പെടുത്താത്ത പോഷണക്കുറവ് എന്ന രോഗാവസ്ഥ കേരളത്തിൽ ഇന്ത്യയിലെ മററ് ഏതു സംസ്ഥാനത്തെക്കാളും കൂടുതലായി കാണപ്പെടുന്നു എന്നതാണ് നമ്മെ ഞെട്ടിപ്പിക്കുന്ന ഒരു വസ്തുത. കേരളം പ്രകൃതിവിഭവങ്ങളുടേയും മനുഷ്യസമ്പത്തിന്റെയും കാര്യത്തിൽ സമ്പന്നമാണെങ്കിലും കേരളീയർ ദരിദ്രരാണ് എന്ന സത്യം ഇവിടെ ഉയർന്നു വരുന്നു.

കേരളീയരുടെ പോഷണസ്ഥിതി(Nutritional status) പരിശോധിച്ചുനോക്കാം. ഒരു മനുഷ്യജീവിക്ക് നിലനിൽക്കാനും വളരാനും വംശ പുനസൃഷ്ടി നടത്താനും ആവശ്യമായ ഊർജ്ജം ഭക്ഷണത്തിൽ ആവശ്യമായ അളവിൽ ഉണ്ടായിരിക്കണം. പ്രായപൂർത്തിയായ ഒരാൾ ദിവസത്തിൽ 2400 കലോറി മൂല്യമുള്ള ആഹാരം കഴിച്ചിരിക്കണം. ആഹാരത്തിൽ മററു പോഷണ ഘടകങ്ങൾക്കു പുറമെ 55 ഗ്രാം മാംസ്യം അടങ്ങിയിരിക്കയും വേണം.

ലോകാരോഗ്യ സംഘടന ഉൾപ്പെടെ പല വിദഗ്ധന്മാരും കേരളത്തിൽ നടത്തിയിട്ടുള്ള പഠനങ്ങൾ സൂചിപ്പിക്കുന്നതു് കേരളീയർ ഇന്ത്യയിൽ ഏററവും കുറവ് കലോറി മൂല്യം അടങ്ങിയിട്ടുള്ള ആഹാരം കഴിക്കുന്നവരാണ് എന്നതാണ്.

പട്ടിക-IV

പോഷണ ലഭ്യത-1978

സംസ്ഥാനം		*കലോറി*		*മാംസ്യം*
തമിഴ്നാട്	—	2534	—	67.0
കർണ്ണാടകം	—	2751	—	71.7
ഒറീസ്സ	—	2783	—	68.4
മഹാരാഷ്ട്ര	—	2282	—	61.5
ഇന്ത്യ	—	2263	—	40.4
കേരളം	—	2019	—	46.1

മേൽ കാണിച്ച പട്ടികയിൽ നിന്നു വ്യക്തമാകുന്നതുപോലെ നമുക്കു ആവശ്യമായ കലോറിയും മാംസ്യവും ലഭ്യമല്ല എന്നു

കാണാം. പോഷണ ലഭ്യതയുടെ കാര്യത്തിൽ മറ്റെല്ലാ ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളെക്കാളും കേരളം പുറകിലാണെന്താനും.



"നിങ്ങളൊന്നു ചുമ്മാതിരി. എത്ര വലിയ കൂടുതലാണെങ്കിലും ഈ ഗുളിക തീർച്ചയായും കഴിക്കണമെന്നാണ് ഡോക്ടർ പറഞ്ഞിരിക്കുന്നത്. ഈ ആഴ്ച റേഷൻ വാങ്ങിക്കണ്ട. സുഖക്കേട് ഭേദമായിട്ട് ഇനി വീട്ടിൽ കഞ്ഞിവച്ചാൽ മതി."

കലോറി–മാംസ്യക്കുറവ്, പോഷണവൈകല്യത്തിലേക്ക് നയിക്കുന്നു. ശരീരത്തിന്റെ രോഗ പ്രതിരോധ ശേഷി കുറയുന്നു. ശ്വാസകോശരോഗങ്ങൾക്ക് ജനങ്ങൾ ഇരയാവുന്നതും പോഷണക്കുറവുമൂലമാണ്. ഈ രോഗങ്ങളാകട്ടെ ലഭ്യമായ ആഹാര വസ്തുക്കൾ തന്നെ ശരീരത്തിലേക്ക് ആഗിരണം ചെയ്യപ്പെടുന്നത് തടയുന്നു. അങ്ങനെ പോഷണക്കുറവ് → രോഗങ്ങൾ → പോഷണക്കുറവ് എന്ന വിഷമവൃത്തം സൃഷ്ടിക്കപ്പെടുന്നു.

ചുരുക്കത്തിൽ കുറഞ്ഞ മരണനിരക്ക് കൂടിയ രോഗാതുരത –ഇതാണ് കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യസ്ഥിതി. ഇവിടെ പരിശോധനയ്ക്ക് വിധേയമാക്കേണ്ട രണ്ട് ഘടകങ്ങളുണ്ട്.

ഒന്ന്, എന്തുകൊണ്ടാണ് ഈ ദാരിദ്ര്യത്തിന്റെ നടുവിലും മരണനിരക്ക് കുറച്ചുകൊണ്ട് വരുവാൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞത്?

രണ്ട്, വർധിച്ചുവരുന്ന രോഗാതുരതയും അതിന് കാരണമായ പോഷണക്കുറവും ദരിദ്രരോഗങ്ങളും നേരിടാൻ എന്തു നയങ്ങളാണ് നാം സ്വീകരിക്കേണ്ടത്?

കേരളീയരുടെ കുറഞ്ഞ മരണനിരക്കിന് കാരണമായി നമ്മുടെ ആശുപത്രികളേയും ചികിത്സാസൗകര്യങ്ങളേയും ചൂണ്ടിക്കാണിക്കാൻ ചിലർ ശ്രമിച്ചു കാണാറുണ്ട്. ഇതിൽ കുറച്ചു കഴമ്പില്ലെന്നു പറഞ്ഞുകൂടാ. രോഗചികിത്സയുടെ കാര്യത്തിലും അതിനായി ഏർപ്പെടുത്തിയ സംവിധാനങ്ങളുടെ കാര്യത്തിലും നാം വളരെ മുന്നിലാണ്. എന്നാൽ കൂടുതൽ ആഴത്തിൽ പഠിക്കുമ്പോൾ മരണനിരക്ക് കുറക്കുന്നതിൽ *നിർണായകമായ* പങ്കുവഹിച്ചത് ആശുപത്രി സംവിധാനമാണെന്ന് പറയാനാവില്ല.

മററ് പല ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിലും ആരോഗ്യ സേവനത്തിനായി കേരളത്തിലേതിലും കൂടുതൽ തുകമാററി വച്ചിട്ടുണ്ട്. ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണത്തിലും ആശുപത്രി സൗകര്യങ്ങളുടെ ലഭ്യതയിലും കേരളത്തെക്കാൾ മുന്നിൽനിൽക്കുന്ന പല സംസ്ഥാനങ്ങളിലും മരണനിരക്ക് കുറഞ്ഞു കാണുന്നില്ല. അപ്പോൾ, ആരോഗ്യസേവനത്തിനായി ചെലവഴിക്കപ്പെടുന്ന തുകയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലോ ചികിത്സാസൗകര്യങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിലോ ഈ പ്രതിഭാസത്തിന് കാരണം കണ്ടെത്തുക വിഷമമാണ്.

അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ജനങ്ങളുടെ അടിയന്തിര ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കുന്നത് സംബന്ധിച്ച് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന മുന്നോട്ടുവച്ചിട്ടുള്ള ചില നിർദേശങ്ങൾ പരിശോധിക്കുന്നത് ഇത്തരുണത്തിൽ പ്രസക്തമാണ്. പ്രാഥമിക ആരോഗ്യസേവനത്തെ സംബന്ധിച്ച് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പ്രസിദ്ധീകരിച്ചിട്ടുള്ള രേഖയിലാണ്, ഈ നിർദേശങ്ങൾ ഉന്നയിച്ചിട്ടുള്ളത്. അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ജനങ്ങൾ നേരിടുന്ന മുഖ്യആരോഗ്യ പ്രശ്നം പോഷണക്കുറവാണെന്ന് രേഖ അംഗീകരിക്കുന്നു. ഇന്ത്യ അടക്കമുള്ള അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ജനങ്ങളിൽ ഭൂരിപക്ഷം കാർഷിക വൃത്തിയിൽ ഏർപ്പെട്ടിരിക്കുന്നവരാണ്. കാർഷികമേഖലയിൽ നിലവിലുള്ള ഭൂവുടമബന്ധങ്ങൾ സ്വത്തിന്റെ കേന്ദ്രീകരണത്തിനും കർഷകരുടെ ചൂഷണത്തിനും വഴിതെളിക്കുന്നു. ഇതിന്റെ ഫലമായി സ്വന്തം അധ്വാനത്തിലൂടെ ഭക്ഷണസാധനങ്ങൾ ഉല്പാദിപ്പിക്കുന്ന ജനങ്ങൾ ആഹാരം നിഷേധിക്കപ്പെട്ട് ദാരിദ്ര്യത്തിൽ കഴിയേണ്ടിവരുന്നു. അവർ പോഷണക്കുറവിനും ദരിദ്രരോഗങ്ങൾക്കും ഇരയാകേണ്ടി വരുന്നു. ഭൂവുടമാബന്ധങ്ങളിൽനിന്നും ജന്മിമാരുടെ ചൂഷണത്തിൽനിന്നും ഗ്രാമീണ ജനതയെ മോചിപ്പിക്കുന്നതുവഴി മാത്രമെ അവികസിതരാജ്യങ്ങളിലെ ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ പരിഹരിക്കപ്പെടുകയുള്ളവെന്ന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ രേഖയിൽ പറയുന്നു. ചൂഷണത്തിൽനിന്ന് വിമുക്തരായി, ഭൂവുടമാബന്ധങ്ങളിൽവരുന്ന മാററത്തിലൂടെ കൃഷിഭൂമി കർഷകന് ലഭിക്കുന്നതോടെ ഗ്രാമീണ കർഷകജനതയുടെ ജീവിതനിലവാരം മെച്ചപ്പെടുകയും പോഷണവൈകല്യത്തിൽനിന്നും അവർ മോചിതരാവുകയും ചെയ്യുമെന്ന് രേഖസമർഥിക്കുന്നു.

കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ച് പറഞ്ഞാൽ ഒട്ടേറെ വെള്ളം ചേർക്കലുകൾക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ടെങ്കിലും ഭൂപരിഷ്ക്കരണനിയമങ്ങൾ നടപ്പിലാക്കിയതിന്റെ ഫലമായി ഭൂവുടമാബന്ധങ്ങൾ ദരിദ്രകർഷകർക്കും, ഭൂരഹിതകർഷകതൊഴിലാളികൾക്കും, കടികിടപ്പുകാർക്കും. അനുകൂലമായി മാറിയിട്ടുണ്ട്. കാർഷികമേഖലയിലെ ഗ്രാമീണരുടെ നിരന്തരമായ സംഘടിത സമരങ്ങളെ തുടർന്നാണ് ഈ മാററങ്ങളിലേയ്ക്ക് നയിച്ച ഭൂപരിഷ്ക്കരണ നടപടികൾ നടപ്പിലാക്കേണ്ടി വന്നത്. കാർഷികമേഖലയിൽ

മാത്രമല്ല വ്യാവസായിക–സർവീസ് രംഗങ്ങളിലും ജനങ്ങൾ സംഘടിതരും അവകാശങ്ങളെക്കുറിച്ച് ബോധവാന്മാരും ആയതു കൊണ്ട് കേരളത്തിൽ ദുർബ്ബലജനവിഭാഗങ്ങൾ ചൂഷണം ചെയ്യപ്പെടുന്നത് താരതമ്യേന കുറഞ്ഞതോതിലാണെന്നാണ് വിദഗ്ദന്മാർ ചൂണ്ടിക്കാണിക്കുന്നത്. ഇതിൻെറ ഫലമായി ജനങ്ങളുടെ ജീവിതനിലവാരം പൊതുവേ ഉയർത്താൻ നമുക്ക് കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. വരുമാനവിതരണത്തിലുള്ള അസമത്വം കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുമാൻ ജനങ്ങൾ നിരന്തരം സമരത്തിലുമാണ്. കേരളത്തിൽ നിലനിന്നിരുന്ന സാമൂഹ്യപരിഷ്ക്കരണപ്രസ്ഥാനങ്ങളും ഇടതുപക്ഷപ്രസ്ഥാനങ്ങളുമാണ് ഈയൊരു സ്ഥിതിയിലേക്ക് ജനങ്ങളെ നയിച്ചത്. ലോകാരോഗ്യ സംഘടന നേരത്തെ സൂചിപ്പിച്ച രേഖയിൽ വിഭാവനം ചെയ്ത ലക്ഷ്യം കേരളം നേടിയെടുത്തു എന്നതാണ് ആരോഗ്യകാര്യത്തിൽ മുന്നേറാൻ നമ്മെ സഹായിച്ച നിർണായക ഘടകം.

വ്യവസായവൽക്കരണത്തിൻേറയും മററും പേരു പറഞ്ഞ് കേരളീയരുടെ സമര വീര്യത്തേയും സംഘടനാ ബോധത്തേയും കുററപ്പെടുത്തുന്നവർ ഈ വസ്തുത മനസ്സിലാക്കേണ്ടതാണ്. മററ് ഏതു രംഗങ്ങളിലും പുറകോട്ടു പോയിട്ടുണ്ടെങ്കിലും (ഇതു തന്നെ ശാസ്ത്രീയമായി പരിശോധിക്കേണ്ട കാര്യമാണ്.) ആരോഗ്യത്തിൻെറ കാര്യത്തിൽ മുന്നോട്ടുപോകാൻ അവകാശ സമരങ്ങൾ കേരളത്തിലെ ജനങ്ങളെ സഹായിച്ചിട്ടുണ്ട് എന്നതു് ഒരു സത്യമായി അവശേഷിക്കുന്നു.

ഭക്ഷണ സാധനങ്ങളുടെ പൊതു വിതരണ സമ്പ്രദായം കേരളത്തിൽ ഉള്ളതുപോലെ വ്യാപകമായി മററ് ഇന്ത്യൻ സംസ്ഥാനങ്ങളിൽ നടപ്പിലാക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല. ഭക്ഷണസാധനങ്ങളുടെ മാർക്കററു വില നിയന്ത്രിച്ചു നിർത്താൻ പൊതു വിതരണ സമ്പ്രദായത്തിനു് ഒരു പരിധി വരെ കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. ഇന്ത്യയിൽ ആകെ ഭക്ഷണ സാധനങ്ങളുടെ വില വർധിച്ചുകൊണ്ടിരുന്നപ്പോൾ കേരളത്തിൽ കാര്യമായ വിലവർദ്ധനവ് ഉണ്ടാകാതിരുന്നതു് നമ്മുടെ മാവേലി സ്റ്റോറുകൾ മൂലമാണെന്നു സാമ്പത്തിക ശാസ്ത്രജ്ഞന്മാർ ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചിരുന്നു. റേഷൻ വിതരണം മൂലം ആവശ്യമായ അളവിൽ കുറവായിട്ടാണെങ്കിൽപോലും ഭക്ഷണ സാധനങ്ങൾ

ദുർബ്ബല ജന വിഭാഗങ്ങൾക്ക് എത്തിച്ചുകൊടുക്കുവാൻ ഈ സംവിധാനങ്ങൾക്ക് കഴിയുന്നു.

കേരളീയരുടെ ഉയർന്ന സാക്ഷരത ആരോഗ്യത്തെ കുറിച്ചുള്ള ചർച്ചയിലും പ്രസക്തമാണ്. ഇന്ത്യയിലെ സാക്ഷരതാ നിരക്ക് 29% മാത്രമായിരിക്കുമ്പോൾ കേരളത്തിലേതു് 69% മാണ്. പക്ഷേ പ്രധാനപ്പെട്ട വസ്തുത സാക്ഷരത നിരക്ക മാത്രമല്ല. ഗ്രാമവാസികളും നഗരവാസികളും തമ്മിൽ സാക്ഷരതയുടെ കാര്യത്തിൽ ഗണ്യമായ വ്യത്യാസമില്ല. മാത്രമല്ല സ്ത്രീകളുടെ വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരം പുരുഷന്മാരോടൊപ്പമാണുതാനും. സ്ത്രീകളെ ആരോഗ്യ ബോധമുള്ളവരാക്കാൻ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു കഴിഞ്ഞു. ശുചിത്വ നടപടികളും രോഗ പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങളും സ്വീകരിക്കുവാൻ ഇതവരെ പ്രാപ്തരാക്കി. ശിശുമരണ നിരക്ക് കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുന്നതിൽ സ്ത്രീകളുടെ ഈ ഉയർന്ന വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരം ഗണ്യമായ സംഭാവന നൽകി.

രോഗ ചികിത്സക്കാണ് മുൻതൂക്കമെങ്കിലും നമ്മുടെ ആരോഗ്യ സേവന സംവിധാനത്തിൽ രോഗ പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും ഊന്നൽ നൽകിയിട്ടുണ്ട്. മാതൃശിശു സംരക്ഷണ പ്രവർത്തനങ്ങളും പ്രാഥമിക ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങളിൽ പരിമിതമായിട്ടാണെങ്കിൽ പോലും ലഭ്യമാണ്. ചികിത്സാ സൗകര്യങ്ങളുടെ വിതരണത്തിലും ലഭ്യതയിലും നഗര-ഗ്രാമ അസന്തുലിതാവസ്ഥ കേരളത്തിൽ താരതമ്യേന കുറവാണെന്നു പറയാം. ആധുനിക ചികിത്സാ സമ്പ്രദായങ്ങളും കേരളത്തിൽ വ്യാപകമായി വേരോടിയിട്ടുണ്ട്.

ജനങ്ങൾ കൂടുതൽ സംഘടിതരായതിന്റെ ഫലമായി ചൂഷണതോതു് കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുവാൻ കഴിഞ്ഞതും, വിദ്യാഭ്യാസ നിലവാരത്തിന്റെ ഉയർച്ചയും, പൊതുവിതരണ സമ്പ്രദായത്തിന്റെ സാന്നിദ്ധ്യവും, രോഗ പ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്ക് രോഗ ചികിത്സയോടൊപ്പം പ്രാധാന്യം ലഭിച്ചതുമാണ് മരണ നിരക്ക് കുറച്ചുകൊണ്ടുവരുവാൻ കേരളീയരെ സഹായിച്ചതെന്നു് വ്യക്തമാണ്. ''വൈദ്യ ശാസ്ത്രേതരം'' എന്നു് വിശേഷിപ്പിക്കാവുന്ന ഘടകങ്ങളാണ് ഈ നേട്ടം കരസ്ഥമാക്കാൻ നമ്മെ സഹായിച്ചതു് എന്നതാണ് പ്രത്യേകം ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട വസ്തുത.

ഇതിൽ പ്രത്യേകിച്ച് അത്ഭുതപ്പെടാനൊന്നുമില്ല. കാരണം, യൂറോപ്പിലും മററ് പല വികസിത രാജ്യങ്ങളിലും പകർച്ച വ്യാധികൾ നിർമാർജ്ജനം ചെയ്യപ്പെടുകയും മരണ നിരക്ക് കുറയുകയും ചെയ്തത് വ്യാവസായിക-കാർഷിക മേഖലയിലുണ്ടായ മുന്നേററങ്ങളുടെ ഫലമായി ജനങ്ങളുടെ ജീവിത നിലവാരം മെച്ചപ്പെട്ടതു വഴിയാണെന്ന് ഇപ്പോൾ അംഗീകരിക്കപ്പെട്ടു കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ട്. രോഗ ചികിത്സ ഈ രാജ്യങ്ങളിൽ പോലും പരിമിതമായ പങ്കാണ് മരണ നിരക്ക് കുറക്കുന്നതിൽ വഹിച്ചിട്ടുള്ളത്.

മരണ നിരക്ക് കുറഞ്ഞതിനുള്ള കാരണങ്ങൾ നാം പരിശോധിച്ചു. ഇപ്പോൾ നിലവിലുള്ളതും വർധിച്ചു വരുന്നതുമായ രോഗാതുരത എങ്ങനെ പരിഹരിക്കാം എന്നതാണ് ഇനി പരിശോധിക്കാനുള്ളത്.

നേരത്തെ വ്യക്തമാക്കിയതുപോലെ പോഷണക്കുറവാണ് രോഗാതുരതയുടെ അടിസ്ഥാന കാരണം. അതായത് നാം നേരിടുന്ന പ്രധാന പ്രശ്നം 'ഭക്ഷ്യപ്രശ്നം' തന്നെയാണെന്നർത്ഥം. കേരളത്തെ സംബന്ധിച്ചിടത്തോളം രാഷ്ട്രീയ പ്രധാന്യമുള്ളതാണ് ഭക്ഷ്യപ്രശ്നം. നമ്മുടെ കാർഷിക രംഗത്തുണ്ടായ തകർച്ച ഭക്ഷ്യവിളകൾ അവഗണിച്ച് നാണ്യവിളകൾ ഉല്പാദിപ്പിക്കാൻ ശ്രമിച്ചത്, കുട്ടനാട് വികസനപദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയതിൽ പററിയ ഗുരുതരമായ പാളിച്ച, കുട്ടനാട്ടിൽ നെല്ലിനുപകരം റബ്ബർ കൃഷി ആരംഭിക്കണമെന്ന് അടുത്ത കാലത്ത് ഉയർന്നുവന്ന ആവശ്യം—തുടങ്ങിയ ഒട്ടേറെ പ്രസക്തങ്ങളായ സമകാലീന രാഷ്ട്രീയ—സാമ്പത്തിക പ്രശ്നങ്ങൾ ഇവിടെ പരിശോധിക്കാൻ ഒരുമ്പെടുന്നില്ല. ആരോഗ്യം നേടിയെടുക്കാനുള്ള സമരത്തിൽ പ്രധാന മുദ്രാവാക്യം 'ഭക്ഷണപ്രശ്നം പരിഹരിക്കണം' എന്നതാവണം എന്ന കാര്യം അടിവരയിട്ട് പറയുക മാത്രം ചെയ്യുന്നു.

ഭൂപരിഷ്കരണ നിയമങ്ങൾ പലതും നടപ്പിലാക്കിക്കഴിഞ്ഞിട്ടുണ്ടെങ്കിലും കാർഷിക മേഖലയിൽ ഭൂവിതരണം ഇനിയും പൂർത്തിയാക്കിയിട്ടില്ല. ഫ്യൂഡൽ ഭൂവുടമാബന്ധങ്ങളും കൃഷിഭൂമിയുടെ കേന്ദ്രീകരണവും നടന്നുവരുന്നു. ദീർഘകാല അടിസ്ഥാനത്തിലുള്ള ഒരു പദ്ധതിയും അതിനാവശ്യമായ ഘടനാപരമായ മാററങ്ങളും സ്വീകരിക്കുന്നതിനു മടിയില്ലാത്ത രാഷ്ട്രീയ

മായ ഇച്ഛാശക്തിയും ഭക്ഷ്യപ്രശ്നം പരിഹരിക്കാൻ ആവശ്യമാണ്. നമ്മുടെ കാർഷികരീതികൾ കൂടുതൽ ശാസ്ത്രീയ വൽക്കരിക്കേണ്ടതു് ആവശ്യമാണ്. കീടനാശിനികൾ, വിദ്യുച്ഛക്തി, ജലസേചനസൗകര്യങ്ങൾ മേൽത്തരം വിത്തുകൾ–ഇവയുടെ ലഭ്യത എന്നീ കർഷകർക്കു് ഉറപ്പുവരുന്ന നയങ്ങൾ സർക്കാർ സ്വീകരിക്കണം.

ഭക്ഷ്യപ്രശ്നമെന്നാൽ അരിയുല്പാദനം വർധിപ്പിക്കുന്നതു വഴി മാത്രം പരിഹരിക്കാൻ കഴിയുന്ന ഒന്നാണെന്ന ധാരണ മാറണം. പച്ചക്കറികളും മറ്റു് ഭക്ഷണസാധനങ്ങളും മുട്ട, പാൽ എന്നിവയും കൂടുതലായി ഉല്പാദിപ്പിക്കേണ്ടിയിരിക്കുന്നു. സാമൂഹ്യവനവല്ക്കരണം എന്ന പേരിൽ കോടിക്കണക്കിനുരൂപാ റോഡരുകിൽ മരംവച്ചുപിടിപ്പിക്കാൻ (?) സർക്കാർ ചെലവിടുന്നുണ്ടു്. മരം സംരക്ഷിക്കാനായി നിർമിക്കുന്ന സിമൻറുകൂടുകൾ നിർമിക്കുന്ന കോൺട്രാക്ടർമാരുടെ കീശയിലാണ് ഈ പണം ചെന്നെത്തുക. കേരള ശാസ്ത്ര സാഹിത്യ പരിഷത്തു് നിർദേശിച്ചതു പോലെ ഈ പണം ഫലവൃക്ഷത്തൈകൾ വിതരണം ചെയ്യുന്നതിനു് മുടക്കിയാൽ കേരളത്തിൽ വ്യാപകമായി പ്ലാവു്, മാവു് തുടങ്ങിയ ഫലവൃക്ഷങ്ങൾ കൃഷി ചെയ്യപ്പെടാൻ സാദ്ധ്യതയുണ്ടു്. ഇതു് നമ്മുടെ ഭക്ഷണപ്രശ്നം പരിഹരിക്കുന്നതിനു് കുറെയൊക്കെ സഹായിക്കുകയും ചെയ്യും.

നമ്മുടെ മത്സ്യസമ്പത്തു് കൂടുതൽ ശാസ്ത്രീയമായി ചൂഷണം ചെയ്തു് സാധാരണക്കാർക്കു് ലഭ്യമാക്കാൻ ശ്രമിക്കേണ്ടതാണ്. നമ്മുടെ കടലിൻെറ ഉല്പാദനശേഷിയുടെ മൂന്നിലൊന്നുപോലും നാമിപ്പോൾ ചൂഷണം ചെയ്യുന്നില്ല. ഉൾനാടൻ മത്സ്യോല്പാദനം വർധിപ്പിക്കുന്നതിൽ നാമമാത്രമായ പ്രവർത്തനങ്ങളെ ഇതുവരെയും കേരളത്തിൽ നടന്നിട്ടുള്ളൂ. മത്സ്യോല്പാദനം വർധിപ്പിക്കുക മാത്രമല്ല അതു് ജനങ്ങൾക്കു് ലഭിക്കുമെന്നു് ഉറപ്പുവരുത്തുകയും വേണം. വിദ്യുച്ഛക്തിയുടെ കാര്യത്തിലെന്നപോലെ മത്സ്യവും ഇന്നു് ഒരു വില്പനച്ചരക്കാണ്. ഈ സ്ഥിതി മാറേണ്ടതാവശ്യമാണ്.

ഛർദ്ദി അതിസാരം പോലെയുള്ള ദരിദ്രരോഗങ്ങളുടെ വ്യാപനത്തിനു കാരണം പരിസരശുചിത്വ നടപടികളുടെ അപര്യാപ്തതയാണ്. ശുദ്ധജലലഭ്യതയും പരിസര ശുചിത്വവും പകർച്ചവ്യാധികൾ തടയുന്നതിനുള്ള രണ്ടു് പ്രാഥമികാവശ്യങ്ങൾ മാത്ര

മാണ്. അതുകൊണ്ടുതന്നെയാണ് ''രണ്ടായിരമാണ്ടോടുകൂടി എല്ലാവർക്കും ആരോഗ്യം'' എന്ന ലോകാരോഗ്യ സംഘടനയുടെ ആഹ്വാനം നേടിയെടുക്കുന്നതിനുള്ള ആദ്യപടിയായിട്ടാണ് 1980 മുതൽ ഒരു ദശവത്സരം ലോകകുടിവെള്ളലഭ്യത–ശുചിത്വ ദശവത്സരമായി ഐക്യരാഷ്ട്ര സംഘടന പ്രഖ്യാപിച്ചിട്ടുള്ളത്. 1981 ലെ കണ



''അങ്ങേർക്കിന്നാ കുടിവെള്ളം ഉടനെ ഇവിടെ എത്തിക്കുമെന്നു പ്രസംഗിച്ചത്. അതുകൊണ്ടാണ് അവരെല്ലാം പിറകെ വരുന്നത്.''

ക്കകളനസരിച്ച് കേരളത്തിലെ 29 ശതമാനം ഗ്രാമീണർക്ക മാത്രമെ ശുദ്ധജലം ലഭ്യമായിട്ടുള്ള.

വ്യക്തിപരമായ ശുചിത്വത്തിൻെറ കാര്യത്തിൽ കേരളീയർ പ്രസിദ്ധരാണങ്കിലും പരിസര ശുചിത്വത്തിൻെറ കാര്യത്തിൽ ലജ്ജാകരമാണ് നമ്മുടെ സ്ഥിതി. മലവും മററു മാലിന്യങ്ങളും സുരക്ഷിതമായി നീക്കം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള സംവിധാനം തികച്ചും അപര്യാപ്തമാണ്. മാലിന്യ നിർമ്മാർജ്ജന പദ്ധതികൾ പലതും നഗരങ്ങളിൽ മാത്രമാണ് നടപ്പിലാക്കിയിട്ടുള്ളത്. നഗരങ്ങളിൽ തന്നെ 30–35 ശതമാനം ജനങ്ങൾക്ക മാത്രമെ ഈ സംവിധാനങ്ങളുടെ പ്രയോജനം ലഭിക്കുന്നുള്ളു. ഗ്രാമങ്ങളിൽ തുറസ്സായ സ്ഥലങ്ങളിലും ജനങ്ങൾ പാർക്കുന്നതിനു സമീപവും പലരും മലമൂത്ര വിസർജ്ജനം നടത്തുന്നു. കക്കൂസുകൾ ആവശ്യത്തിനു ലഭ്യമല്ല എന്നതാണ് പ്രധാന കാരണം. അവയുടെ പ്രാധാന്യത്തെ കുറിച്ച് ജനങ്ങളെ ബോധവൽക്കരിക്കേണ്ടതായിട്ടുണ്ട്. ഇതിനെല്ലാം പുറമെയാണ് വ്യവസായശാലകളിൽ നിന്നു വമിക്കുന്ന വിഷവസ്തുക്കൾ സൃഷ്ടിക്കുന്ന മലിനീകരണം. ആലുവാ കളമശ്ശേരി മേഖലകളിലും ചാലിയാറിലും കല്ലടയാററിലും മററും വ്യാപകമായി ജല–വായു മലിനീകരണം കണ്ടുവരുന്നു. വ്യവസായവൽക്കരണത്തിനായി മുറവിളി കൂട്ടുന്നതോടൊപ്പം വ്യാവസായിക മലിനീകരണം സൃഷ്ടിക്കുന്ന ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾക്ക് എതിരായും ജനങ്ങൾ സംഘടിച്ചു തുടങ്ങിയിട്ടുണ്ട്.

നിലവിലുള്ള ആരോഗ്യ സംവിധാനത്തിൻെറ ഘടനയും സ്വഭാവവും കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങൾ കണക്കിലെടുത്ത് ശാസ്ത്രീയവല്ക്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും സാമൂഹ്യാരോഗ്യ പ്രവർത്തനങ്ങൾക്കും ഇന്ന് നല്കുന്ന പ്രാധാന്യം തീരെ അപര്യാപ്തമാണ്. ചികിൽസോന്മുഖവും, സാങ്കേതിക വിദ്യയെ അമിതമായി ആശ്രയിച്ചുകൊണ്ടുള്ളതുമായ ആരോഗ്യസേവന സംവിധാനം അവികസിത രാജ്യങ്ങൾക്ക് ചേർന്നതല്ലെന്ന് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന പലതവണ ചൂണ്ടിക്കാണിച്ചിട്ടുണ്ട്.

തിരുവനന്തപുരം, കോട്ടയം മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെ പ്രാന്ത

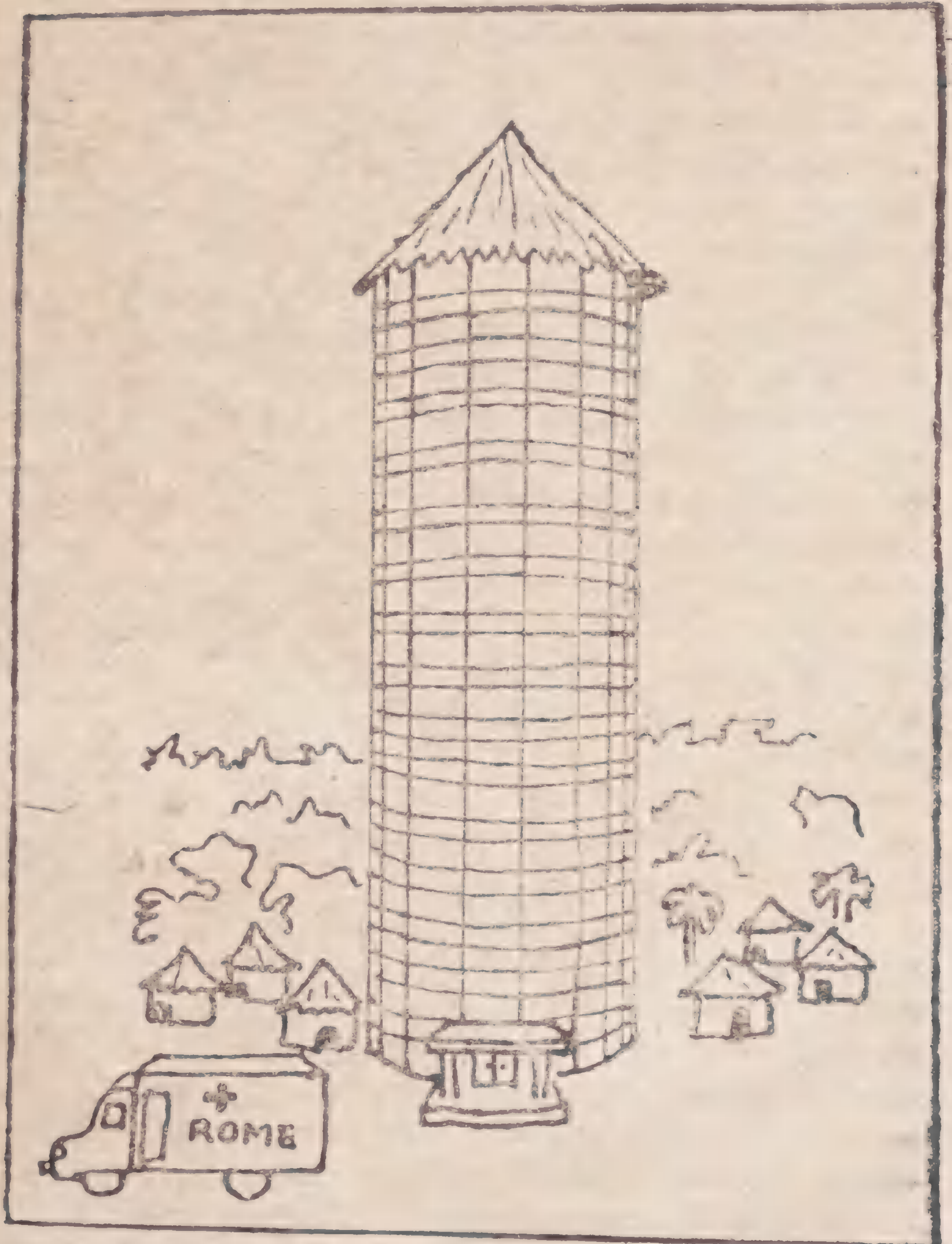
പ്രദേശങ്ങളിൽ തന്നെ വളരെ ലളിതമായ രോഗപ്രതിരോധ പ്രവർത്തനങ്ങൾ വഴി തടയാവുന്ന ഛർദ്ദിഅതിസാരം മൂലം ശിശുക്കൾ മരിക്കേണ്ടിവരുന്നതു് ആവർത്തിക്കാൻ പാടില്ല. ചികിത്സോന്മുഖമായ ആരോഗ്യ സംവിധാനം പാടെ അഴിച്ചു പണിതു് രോഗ പ്രതിരോധത്തിനു് അർഹമായ പ്രാധാന്യം നൽകുക തന്നെ വേണം. ഇതിനാകട്ടെ പടിഞ്ഞാറൻ നാടുകളെ അന്ധമായി അനുകരിച്ചുകൊണ്ടുള്ള ഇന്നത്തെ വൈദ്യവിദ്യാഭ്യാസ സമ്പ്രദായം തന്നെ ഉടച്ചു വാർക്കേണ്ടിവരും.

നമ്മുടെ പ്രാഥമിക ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങൾ "ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ" എന്നതിനെക്കാൾ "രോഗ ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങൾ" എന്ന ലേബലിസ്ഥാനത്തിലാണു് ഇന്നു് പ്രവർത്തിക്കുന്നതു്. അത്യാവശ്യമരുന്നുകളുടെ ലഭ്യത കുറവും, ദരിദ്ര രോഗങ്ങളുടെ സാമൂഹ്യമായ കാരണങ്ങളും, രോഗചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങൾ എന്ന നിലയിൽ പോലും ഫലപ്രദമായി പ്രവർത്തിക്കുന്നതിൽ നിന്നു് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങളെ തടയുന്നു. മാതൃശിശു സംരക്ഷണ പ്രവർത്തനങ്ങൾ, ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം, സാംക്രമിക രോഗനിർമ്മാർജനം തുടങ്ങിയ പ്രാഥമിക ആരോഗ്യസേവനങ്ങൾക്കാണു് പ്രാഥമിക ആരോഗ്യ കേന്ദ്രങ്ങൾ നേതൃത്വം നൽകേണ്ടതു്.

ഡിഫ്തീരിയ, ടെററനസ്, വില്ലൻ ചുമ, ക്ഷയരോഗം എന്നീ രോഗങ്ങൾ തടയാൻ ആവശ്യമായ മരുന്നുകൾ മാത്രമേ ഇപ്പോൾ സൗജന്യമായി വിതരണം ചെയ്യപ്പെടുന്നുള്ളു. പോളിയോ, മീസിൽസ്, തുടങ്ങിയ രോഗങ്ങൾക്കായുള്ള പ്രതിരോധ മരുന്നുകളും നമ്മുടെ നാട്ടിൽതന്നെ ഉല്പാദിപ്പിക്കുകയും വ്യാപകമായി വിതരണം ചെയ്യുകയും വേണം. അവികസിത രാജ്യങ്ങളിലെ ശിശുക്കളുടെ ജീവൻ അപഹരിക്കുന്നതിൽ പ്രധാന പങ്കുവഹിക്കുന്ന ഈ രോഗങ്ങളെ "കൊലയാളി രോഗങ്ങൾ" [Killer diseases] എന്നാണ് ലോകാരോഗ്യ സംഘടന നാമകരണം ചെയ്തിരിക്കുന്നതു്.

പൊതു വിദ്യാഭ്യാസം വ്യാപകമായി നിലവിലുള്ള നമ്മുടെ സംസ്ഥാനത്തു് ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസത്തിനു് അർഹമായ പ്രാധാന്യം ലഭിച്ചിട്ടില്ല. ആരോഗ്യ വിദ്യാഭ്യാസം പൊതു വിദ്യാഭ്യാസത്തിൻെറ ഭാഗമാക്കുന്ന ഒരു വിദ്യാഭ്യാസ നയം ആവി

ഷ്ക്കരിക്കേണ്ടതുണ്ട്. ഇന്നുള്ള പാഠ്യ വിഷയങ്ങൾക്ക പുറമെ തൊഴിൽ സംബന്ധമായ രോഗങ്ങൾ, ചിലവു കുറഞ്ഞ നാട്ടിൽ കിട്ടാവുന്ന പദാർത്ഥങ്ങൾ കൊണ്ടുള്ള സമീകൃതാഹാരങ്ങളെക്കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ എന്നിവകൂടി പാഠ്യ പദ്ധതിയിൽ ചേർക്കേണ്ടതാണ്.



ഗ്രാമീണ ആരോഗ്യകേന്ദ്രം: ഗ്രാമീണമാകാനുള്ള ശ്രമത്തിന്റെ പോക്ക്

മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾ കഴിയുമെങ്കിൽ ജില്ലകളിൽ ഒന്നു വീതമെങ്കിലും സ്ഥാപിക്കുക, കുറഞ്ഞ പക്ഷം മെഡിക്കൽകോളേജുകളുടെ സീററുകളുടെ എണ്ണം വർഷംതോറും വർദ്ധിപ്പിക്കുക എന്നതാണ് വൈദ്യ വിദ്യാഭ്യാസ രംഗത്തെ നമ്മുടെ അംഗീകൃത വികസന നയമെന്നു് തോന്നുന്നു. 1951-ൽ 60 സീററുകളോടെ തിരുവനന്തപുരം മെഡിക്കൽ കോളേജ് സ്ഥാപിച്ചു. മൂന്നു ദശവത്സരക്കാലം കൊണ്ടു് മെഡിക്കൽ കോളേജുകളുടെ എണ്ണം അഞ്ചായും സീററുകളുടെ എണ്ണം എഴുന്നൂറായും വർദ്ധിച്ചു. മെഡിക്കൽ സീററുകൾ 700-ൽ നിന്നു് 1000 ആയി വർദ്ധിപ്പിക്കാൻ ശ്രമിക്കുമെന്നു് ആരോഗ്യവകുപ്പു മന്ത്രി പ്രസ്താവനയിറക്കുകയും ചെയ്തിരിക്കുന്നു.

മെഡിക്കൽ കോളേജുകൾക്കു് മാത്രമായി ആരോഗ്യ ബഡ്ജററിൻെറ 20 മുതൽ 30 ശതമാനം വരെ ഭാഗമാണു് ഇന്നു് ചെലവിടുന്നതു്. പുതിയ മെഡിക്കൽ കോളേജ് സ്ഥാപിക്കുക എന്നാൽ 15–20 കോടിരൂപാ അധികം ചിലവിടുക എന്നാണർത്ഥം. ഒരു ഭാഗത്തു് കോടിക്കണക്കിനു് തുക ചിലവഴിച്ചു് ഉന്നത ചികിത്സാ കേന്ദ്രങ്ങൾ കെട്ടിപ്പൊക്കുമ്പോൾ നമ്മുടെ ഗ്രാമീണ താലൂക്ക്-ജില്ലാ ആശുപത്രികൾ അടിയന്തിരാവശ്യങ്ങൾക്കുപോലും കിട്ടാതെ തകർച്ചയിലേക്കു് വീണു കൊണ്ടിരിക്കുന്നു. അത്യാവശ്യമരുന്നുകളും, ശസ്ത്രക്രിയോപകരണങ്ങളും എന്തിനു് മരുന്നു കുറിച്ചു കൊടുക്കാനുള്ള കടലാസുപോലും പല ആശുപത്രികളിലും ലഭ്യമല്ല എന്നതാണ് സ്ഥിതി. ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യപ്രശ്നങ്ങളുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആരോഗ്യരംഗത്തു് ചിലവിടുന്ന വിഭവങ്ങൾക്കു് ചില മുൻഗണനാക്രമങ്ങൾ നിശ്ചയിക്കുക തന്നെവേണം.

ഡോക്ടർമാരുടെ പ്രവർത്തനങ്ങൾ കാര്യക്ഷമമാകണമെങ്കിൽ, നഴ്സുമാർ, ലാബറട്ടറിടെക്നീഷ്യൻമാർ, ഫാർമസിസ്റ്റുകൾ തുടങ്ങിയ പാരാ മെഡിക്കൽസ്ററാഫിൻെറ സഹായം ആവശ്യമാണ്. ഒരു ഡോക്ടർക്കു് ഏററവും കുറഞ്ഞതു് നാലു പാരാ മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫിൻെറയെങ്കിലും സഹായം കൂടാതെ ഫലവത്തായി പ്രവർത്തിക്കാൻ കഴിയില്ല. നമ്മുടെ നാട്ടിൽ ഡോക്ടർമാരുടെ എണ്ണം വർദ്ധിക്കുന്നതിനു് ആനുപാതികമായി പാരമെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫിൻെറ വർദ്ധനവു് ഉണ്ടായിട്ടില്ല.

പട്ടിക—5

പാരാ മെഡിക്കൽ വിദ്യാഭ്യാസം
കേരളത്തിൽ 1979

കോഴ്സ്	സ്ഥാപനങ്ങൾ	സീററുകൾ
നഴ്സിംഗ്	45	1001—
ഹെൽത്ത് ഇൻസ്പെക്ടർ	3	200—
ഫാർമസിസ്റ്റ്	4	119—
ലാബറട്ടറി ടെക്നിഷ്യൻ	7	94—
ഹെൽത്ത് വിസിററർ	2	30—
റേഡിയോ ഗ്രാഫർ	1	20—

പട്ടിക—5 ൽ നിന്നു് വ്യക്തമാകുന്നതുപോലെ 700 ഡോക്ടർമാർ പരിശീലനം കഴിഞ്ഞു് പുറത്തുവരുമ്പോഠം അവരെ സഹായിക്കാനായി ലഭ്യമായിട്ടുള്ളത് 1364-പാരാ മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫ് മാത്രമാണു്. അതായത് ഒരു ഡോക്ടർക്ക് രണ്ടു് പാരാ മെഡിക്കൽ സ്റ്റാഫ് മാത്രം. ഇത് വളരെയേറേ അപര്യാപ്തമാണെന്നു് പറയേണ്ടതില്ലല്ലോ ആരോഗ്യസേവനരംഗത്ത് ഒരുതരം അസന്തുലിതാവസ്ഥസൃഷ്ടിക്കാനാണു് ഇതു് വഴിതെളിച്ചിട്ടുള്ളത്. 4000 പേർക്ക് ഒരു ഡോക്ടർ എന്ന ദേശീയലക്ഷ്യം നേടിയെടുത്ത് കഴിഞ്ഞ സാഹചര്യത്തിൽ പാരാ മെഡിക്കൽ വിഭാഗത്തിന്റെ പരിശീലനസംവിധാനം വിപുലപ്പെടുത്തുക എന്നതാണു് യാഥാർത്ഥ്യബോധത്തോടെയുള്ള നയം.

ആരോഗ്യവകുപ്പിന്റെ പ്രവർത്തന പരിധിയിൽ ഒതുക്കി നിർത്തിക്കൊണ്ടു് കേരളീയരുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങഠം പരിഹരിക്കാനാവില്ലെന്നതാണു്ഇവയിൽനിന്നൊക്കെ ഉരുത്തിരിഞ്ഞു വരുന്ന വസ്തുത. നമ്മുടെ വിദ്യാഭ്യാസം, ഭക്ഷ്യനയം, വികസനത്തിനായി വിഭവങ്ങഠം വിതരണം ചെയ്യുന്നതിനുള്ള മുൻഗണനാക്രമങ്ങഠം ഇവയെല്ലാം ജനങ്ങളുടെ ആരോഗ്യ പ്രശ്നങ്ങളുമായി ബന്ധപ്പെട്ടു കിടക്കുകയാണു് എന്നു് നാം മനസ്സിലാക്കണം.

കുറഞ്ഞ മരണനിരക്ക്—കൂടിയ രോഗാതുരത എന്ന കുരുക്കിൽ നിന്നുള്ള മോചനം, ആഹാരം, ശുദ്ധജലം പാർപ്പിടസൗകര്യം, തൊഴിൽ ലഭ്യത എന്നിവക്കായുള്ള ബഹുജനസമ്മർദ്ദത്തിലൂടെ മാത്രമേ നമുക്ക് നേടിയെടുക്കാനാവൂ.



"നമ്മുടെ ആരോഗ്യം"

ഡോക്ടർ ബി. ഇക്ബാൽ

- ഒരു ഭാഗത്ത് ഛർദ്ദി അതിസാരം മൂലം പിഞ്ചുകുഞ്ഞുങ്ങൾ മരിക്കുമ്പോൾ മറു ഭാഗത്ത് പുതിയ മെഡിക്കൽ കോളേജുകളും മെഡിക്കൽ സീററു വർദ്ധന വിനെ ചൊല്ലിയുമുള്ള ചൂടേറിയ ചർച്ച.

- ആരോഗ്യം കേവലം മരണനിരക്ക മാത്രം അടിസ്ഥാനമാക്കി അളക്കേണ്ട അവസ്ഥയല്ല. മരിക്കുന്നവരുടെ എണ്ണം കുറയുമ്പോഴും രോഗമുള്ളവരുടെ എണ്ണം വർദ്ധിച്ചാലോ?

- രോഗങ്ങളുടെ പട്ടികയിൽ സാധാരണ പെടുത്താത്ത പോഷണക്കുറവ് എന്ന രോഗാവസ്ഥ കേരളത്തിൽ ഏററവും കൂടുതലാണ്.

ആരോഗ്യരംഗത്ത് കേരളം വിപ്ളവകര മായ മുന്നേററം നടത്തി എന്ന ധാരണ എത്ര മാത്രം ശരിയാണ്? ഒരു പുനർചിന്തനം.

വില രൂ 1–00



കേരള ശാസ്ത്രസാഹിത്യ പരിഷത്ത്
തിരുവനന്തപുരം 695001